

Deklaracja Świadomej Zgody Pacjenta na wykonanie molekularnych badań genetycznych

Dane pacjenta

Nazwisko i imię pacjenta
Data urodzenia
Adres
Telefon kontaktowy

Wypełnia rodzic lub opiekun prawny w przypadku pacjenta niepełnoletniego

Nazwisko i imię
Data urodzenia
Adres
Telefon kontaktowy

Wyrażam zgodę, aby pobrany ode mnie lub dziecka materiał biologiczny:
krew / (inne) ,
został wykorzystany do badań molekularnych w kierunku określenia podłoża genetycznego
zarośnięcia przelyku.:

Zostałem poinformowany, że:

1. Pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz do wykonania badań molekularnych mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego chorób genetycznych.
2. W przypadku, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik badania może być niewłaściwie zinterpretowany.
3. Wyizolowany DNA będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, niemniej istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału w przyszłości.
4. Wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji, jeśli wyniki badań naukowych prowadzonych w przyszłości mogłyby stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju.
W przypadku braku zgody proszę zaznaczyć
5. Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej a datą wydania wyniku niepełnoletni badany ukończy 16 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego dodatkowego formularza Deklaracja Świadomej Zgody.

Zostałem poinformowany o charakterze badania genetycznego.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta / rodzica / opiekuna prawnego

W razie pytań prosimy o kontakt:

Dr n.med. Robert Śmigiel; smigiel@gen.am.wroc.pl

Katedra Genetyki AM, Wrocław,

tel. 071-784 12 56; fax. 071-784 00 63; tel.kom. 502 595 141,